

Opplever unge å ha hjelp av kognitiv atferdsterapi?

Forfatter: Julie.S.Berteig, stud. med.
Veileder: Ole Rikard Haavet, førsteamanuensis og
spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin



Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

1.4.2014

Opplever unge å ha hjelp av kognitiv atferdsterapi?

- En kvalitativ analyse basert på intervjuer av tre unge pasienter.

© Forfatter: Julie.S.Berteig

År: 2014

Tittel: Opplever unge å ha hjelp av kognitiv atferdsterapi?

Forfatter

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn

Teorien i kognitiv atferdsterapi (KAT) er at automatiske tankemønstre styrer følelser, kroppslige reaksjoner og atferd. Unge mennesker med psykiske helseplager har trolig mindre fastlåste tankemønstre enn voksne. Hovedproblemstillingen i dette arbeidet er: opplever unge pasienter å ha fått hjelp av å gjennomgå kognitiv atferdsterapeutisk behandling?

Metode

For å belyse problemstillingen har jeg benyttet en kvalitativ metode. Jeg har gjort semistrukturerte intervjuer av tre unge (mellom 14-20 år) pasienter, to jenter og en gutt. Materialet presenteres i denne prosjektoppgaven og eventuelt senere som en artikkel i et medisinsk tidsskrift. Derfor har jeg søkt og fått studien godkjent av REK (regionale etiske komité).

Resultater

1. Tenk konstruktivt. Andres negative tanker om meg er ikke viktig. De unge pasientene har lært å tenke konstruktivt og å fokusere på realistiske alternativer i stedet for det negative i ulike situasjoner. De har også fått et mer hensiktsmessig bilde av andres tanker om dem. **2. Bevisst forventning til mestring og relasjoner.** Etter behandlingen fikk deltakerne i studien et mer bevisst forhold til mestring og ble mer selektive i å velge venner som deler ønsket om å fremme mestring. **3. Bedre selvtillit, takler mer.** Deltakerne i studien rapporterer å ha fått bedre selvtillit, bedre livskvalitet og økt evne til å mestre stressende situasjoner etter gjennomgått behandling. **4. Ta ansvar selv.** Gjennom terapien fortalte de unge pasientene at de lærte selv måtte ta ansvar for å få en bedre livssituasjon. De lærte at det gjelder å møte utfordringer i livet med aktive valg og handlinger. Behandlingen ga dem et redskap som de kan bruke når de møter disse utfordringene, men de må selv aktivt bruke det. **5. Overføre på de rundt seg.** KAT oppleves som positivt og gir effekt ved behandling av unge pasienter. Behandlingen er så effektiv at de unge pasientene ønsker å videreføre sine erfaringer og sin lærdom fra terapien til sine nærmeste.

Diskusjon

Unge pasienters opplevelse av KAT er lite beskrevet. Gjennom en kvalitativ studie har vi fått innsikt i hvordan tre unge har opplevd å gjennomgå kognitiv terapi. Antallet intervjuede er lite. Å samle kunnskap med utgangspunkt i brukeren, unge mennesker, vil være med på å bedre kvaliteten i tilbudet til denne aldersgruppen.

Abstract

Background

The theory in cognitive-behavioral therapy (CBT) is that feelings, physical reactions and behavior are results of automatic thoughts. The thinking patterns of young people with psychological health issues are probably easier to affect than adults'. The main topic in this work is: does young people experience that CBT helps them in recovering from psychological health problems?

Methods

We have done a qualitative study to enlighten the topic. The study is based on three interviews with young patients (between 14-20 years), one boy and two girls. The main findings from the material are presented in this work and eventually later as an article in a medical journal. I applied to REK (regional etisk komité) for permission to do the study. REK approved the study.

Results

1. Think constructively. Negative thoughts from others are not important. The young patients have learned to think constructively and to focus on realistic alternatives instead of the negative aspects of different situations. They have also got a more realistic picture of others' thoughts about them. **2. Well-considered expectations about relations to others and mastering challenges.** By going through the treatment, the participants in the study got more realistic expectations about mastering challenges in life. They also became more selective in their priorities of who to spend time with. They learned to choose the ones who support them and help them to deal with their problems. **3. Better self-confidence, better to handle challenges.** The young patients in the study report that they, by going through the treatment, have got better self-confidence and better quality of life. They have also increased their ability to master stressful situations. **4. Be responsible.** The young patients learned that they have to take the responsibility for their own lives if they want to get a better life-quality. The

treatment taught them to meet challenges in life with well-considered choices and actions. The treatment gave them tools which can help them in dealing with challenges in their daily lives, but the patients have through the treatment realized that they have to use the tools themselves. **5. To transfer their knowledge to friends and family.** CBT is a positive experience and is effective in the treatment of the young patients in this study. The treatment is so effective that the participants in the study want to transfer their experiences and knowledge to the ones in their close proximity.

Discussion

Young patients' experience of going through CBT is a topic that is not well explored. By doing this qualitative study, we have got knowledge about how three young patients experienced going through CBT. Even though it's a small number of participants, this study contributes to new knowledge about the topic. Collecting knowledge based on the patients' points of views will better the quality of the treatment that we offer for patients in this group of age.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Metode.....	4
3	Resultater.....	5
4	Oppsummering	12
5	Drøftelser.....	13
6	Kildeliste	19
7	Vedlegg I.....	20
8	Vedlegg II.....	21
9	Vedlegg III	22
10	Vedlegg IV	23
11	Vedlegg V	24

1 Innledning

Ens eget tankesett påvirker fysisk og psykisk helse. Kognitiv atferdsterapi (KAT) dreier seg om å lære å tenke hensiktsmessig i ulike situasjoner. Utgangspunktet innenfor denne behandlingsretningen er at handlinger og følelsesmessige reaksjoner styres av automatiske tankemønstre.

Røttene til den kognitive tilnærmingen finner man hos de gamle stoikerne og epikureerne. Disse var av to skoler, grunnlagt av Zenon og Epikur så langt tilbake som for omtrent 2300 år siden (*Repål A, 2009*). Aaron T. Beck regnes imidlertid av mange som den moderne kognitive atferdsterapiens far, og allerede på 1960-tallet drev Beck omfattende forskning som kunne dokumentere den kognitive terapiens effekt (*Repål A, 2009*). Siden dette har den kognitive terapien blitt stadig mer veldokumentert. Som en del av min teoretiske referanseramme har jeg funnet fram til en del av denne dokumentasjonen. Jeg kommer til å trekke fram noen viktige resultater herfra for å belyse mine forskningsspørsmål i det følgende.

Ulike forskningsrapporter viser at KAT har effekt ved behandling av psykiske lidelser hos unge pasienter. Omkring 50 randomiserte kontrollerte studier (RCT) (de fleste gjort i USA) tar for seg hvorvidt kognitiv terapi og/eller atferdsterapi fungerer godt for unge pasienter med depresjon. Hovedinntrykket av RCT'ene sett under ett er at KAT kan ha effekt ved behandling av psykiske lidelser hos unge pasienter. (*Verdyun C, 2001*).

Blant de nevnte studiene er TADS-studien «Treatment for Adolescent with Depression and Study, TADS» (*March J, 2004*) og TORDIA-studien. Disse studiene sammenlignet KAT og medikamentell behandling. Studiene hadde sammenlignbare funn; begge studiene viste at KAT og medikamentell behandling sammen var mer effektivt enn medisiner alene. I TADS-studien fant man i tillegg at medikamentell behandling gav større effekt enn både placebo og KAT alene. Videre oppfølging av deltakerne i TADS-studien viste at KAT enten alene eller sammen med medikamentell behandling reduserte selvmordsraten (*March J, 2007*).

En metaanalyse tok for seg KAT ved behandling av depresjon hos barn og unge; (*Weisz JR, 2006*). Hovedkonklusjonene her var at KAT viste en signifikant, men moderat bedring hos unge pasienter med depresjon. Videre viste metaanalysen at KAT var effektiv behandling for lette og moderate depresjoner.

Det finnes også dokumentasjon for at KAT har effekt ved behandling av ulike angstlidelser. En systematisk oversikt over effekt av atferdsterapi og/eller kognitiv atferdsterapi hos unge pasienter med obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD) som inkluderte 8 studier og 343 deltakere ble gjort i 2006, (*O'Kearney RT, 2006*). Denne konkluderte med at pasientene etter behandling med atferdsterapi og/eller kognitiv atferdsterapi hadde mindre alvorlig OCD og lavere forekomst av OCD i forhold til placebo-gruppen eller vente-liste kontroller. Man fant imidlertid ingen signifikant forskjell mellom medikamentell behandling alene og atferdsterapi/kognitiv atferdsterapi alene.

Lignende resultater kom fram i den systematiske oversikten «Cognitive behavioral therapy for anxiety Disorders in children and adolescents». (*James AC, 2013*). Her ble 41 studier som inkluderte 1806 deltakere (barn og unge med angstlidelser) inkludert i analysen. Analysen viste at KAT var mer effektivt enn å ikke få behandling.

Flere studier har undersøkt hvorvidt KAT har effekt ved langvarige kroniske smertetilstander. En systematisk oversikt, om psykologisk behandling av smerte (*Eccleston C, 2009*) viste at KAT hadde både kortids- og langtidseffekt på arbeidsuførhet og katastrofetenkning sammenliknet med aktive kontroller (effekten var dog liten til moderat). Rett etter behandlingen viste KAT også en effekt på stemningsleie og smerter, men denne forsvant ved 6 måneders oppfølging. En metaanalyse, (*Hoffman, 2007*) konkluderte med at KAT hadde moderat til stor effekt på reduksjon av kroniske rygg smerter.

Hittil har jeg nevnt flere studier som på hver sine måter viser at KAT har effekt ved ulike tilstandsbilder. I arbeidet med denne oppgaven har det derimot ikke lyktes meg å finne mye litteratur som undersøker hvordan unge opplever å gjennomgå KAT. En artikkel, (*Byrne RE, 2013*) belyser temaer innenfor dette sykdomsområdet med en kvalitativ studiemetode. Resultatene fra denne studien indikerer at intervjuobjektene hadde positive erfaringer fra KAT. Alle de ni deltakerne i studien opplevde at muligheten til å snakke ut- «a chance to talk» var positivt for dem og deres sykdomsutvikling. Et annet funn var at intervjuobjektene følte at KAT hjalp dem til å se situasjoner og problemer i et annet lys – «rethinking things». Andre temaer som deltakerne trakk frem som positive effekter av behandlingen var menneskelig kontakt (interpersonell involvering), informasjon og normalisering.

Det har av flere, blant annet Ingvard Wilhelmsen, (*"Sjef i eget liv"*, Wilhelmsen I, 2004), blitt pekt på at det er en del allmenngyldige elementer innenfor den kognitive terapien som kan være nyttig å kjenne til for bruk både privat og i jobbsammenheng for folk flest. Dette har gitt grobunn til min allerede nevnte holdning; - KAT kan ha allmenngyldig verdi. Nettopp dette, at kjennskap til elementer innenfor KAT kan ha stor nytteeffekt på befolkningsbasis, underbygges av resultatene i denne oppgaven. Det er mye stress og press i dagens moderne samfunn. Dette rammer ikke minst ungdom. Vi trenger effektive tilnærminger i samfunnet og verktøy i helsetjenesten for å bedre livskvaliteten for unge mennesker som lever under stort og negativt press.

Siden nettopp fastlåste, automatiske tankemønstre er det man forsøker å endre ved kognitiv terapi, er unge pasienter en interessant målgruppe å studere. Forskningsspørsmålet for denne oppgaven er derfor å utforske hvordan unge pasienter erfarer å motta kognitiv terapi.

2 Metode

For å belyse min problemstilling har jeg utført en kvalitativ studie. Jeg har gjort semistrukturerte intervjuer (appendiks I) av tre unge pasienter (mellom 14-20 år) som alle har mottatt kognitiv terapi, to jenter og en gutt. Pasientene ble rekruttert fra Lillestrøm Legesenter. I utgangspunktet var målet å intervju fem til åtte personer fra flere fastleger og fra Grorud BUP. Dette viste seg svært vanskelig. Rekrutteringen av intervjuobjekter har veilederen min hjulpet meg med fra egen praksis. Ved rekruttering til intervjuene ble et informasjonsbrev sendt til alle deltakerne, se appendiks II. Det ble her gitt informasjon om formålet med studien, intervjuets planlagte lengde (ca 30 min) og at deltakerne hadde anledning til å trekke seg når som helst under intervjuet. Skriftlig samtykkeskjema (appendiks II) ble innhentet fra alle deltakerne, og også fra deres foreldre dersom deltakerne er under 16 år (appendiks III).

Jeg opplevde at svarene begynte å gjenta seg allerede etter tre intervjuer. Antallet intervjuer ble imidlertid også begrenset av at flertallet av de unge ikke ønsket å la seg intervju. Jeg tok opp alle intervjuene på bånd og transkriberte dem. Lydfilene skal jeg slette når prosjektoppgaven er levert (i løpet av 11. semester). Det transkriberte materialet er anonymisert. Hver transkriberte tekst har blitt dekontekstualisert og rekontekstualisert som beskrevet av Kirsti Malterud i boka «Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring» (Malterud K, 2011). Jeg har gått gjennom teksten for å finne meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene har blitt merket og samlet *under et utvalg av temaer som peker seg ut. Det hele ble avsluttet med at jeg skrev en skriftlig oppgave. Før jeg satte i gang med studien søkte jeg studien godkjent av REK (regionale etiske komité).*

Forskningsspørsmålet er delt opp i følgende deler:

Hvordan oppleves kognitiv atferdsterapi av unge?

Er det noe i kognitiv atferdsterapi som unge mener egner seg spesielt for deres aldersgruppe?

Er det noe i kognitiv atferdsterapi som har virket negativt på unge?

Gir kognitiv terapi generell kunnskap som de unge pasientene kunne fått tidligere, for eksempel i undervisningen på skolen?

3 Resultater

I det følgende vil jeg legge frem kodekategorier som sto fram under analysene. Her er 2-3 sitater per kodekategori presentert, jeg har valgt ut sitater jeg mener er representative for tolkningene aktuelle kodekategorien.

Tabell 1. Studien inkluderer 3 deltakere.

Kjønn	Alder
Gutt	14
Jente	15
Jente	20

KODEKATEGORI 1 - ANDRES NEGATIVE TANKER OM MEG ER IKKE VIKTIG

Særlig to forhold fremtrer under dette temaet. For det første synes det som at unge pasienter som gjennomgår KAT får en annen og mer hensiktsmessig forståelse av andres oppfatning av dem selv. De unge pasientene har en større tro på at andre tenker og mener godt om dem nå enn tidligere.

«Det hjelper deg liksom til å se litt mer opp på deg selv, ikke se så mye ned på deg selv på en måte». (Gutt 14).

Det andre forholdet som fremkom under dette temaet er at de tre unge pasientene som har deltatt i denne undersøkelsen har blitt flinkere til å flytte fokus fra andre og forhold de ikke kan gjøre noe med. I stedet har de begynt å fokusere på seg selv.

«Prøver heller å fokusere på hva man selv synes». (Jente 20). *«Prøver å fokusere mer på det positive. Enn det negative jeg får høre av andre da.»* (Jente 15).

Intervjuobjektene har fått en økt forståelse av at det er viktig å ha fokus på egne tanker, meninger og ønsker, og at det er mindre hensiktsmessig å bry seg om hva andre mennesker og samfunnet mener og forventer.

«Men samtidig så har jeg også begynt å tenke det at hvorfor bry seg om hvordan, hva andre kommer til å se på meg som? Bare gjør som jeg vil og, bare så lenge jeg er fornøyd med meg selv, så er jo det det som betyr noe». (Jente 20).

KODEKATEGORI 2 - TENK KONSTRUKTIVT

Intervjuobjektene har etter å ha gjennomgått KAT blitt flinkere til å «tenke positivt» og mer realistisk.

«Har jo i hvert fall fått meg til å prøve å tenke positivt. Og heller tenke det at ting ordner seg». (Jente 20).

Ut i fra hva de videre har sagt og kontekstene det har blitt sagt i, forstår jeg det som at det de legger i å tenke positivt, er å fokusere på det positive og å se det positive i stedet for det negative i ulike situasjoner.

«At jeg liksom tenker at jeg skal finne ut en ting om meg som er fint hver dag i stedet for å se på fem ting som er negativt med meg selv og utseende mitt». (Jente 15).

Dette er noe som har forandret seg etter at de begynte med KAT. Tidligere endte de oftere ubevisst opp med å fokusere på det negative. Terapien har gjort dem mer bevisst på muligheten av å fokusere på det positive heller enn det negative, og de har fått opplevelsen av at dette hjelper på deres stemningsleie, følelser og kroppslige reaksjoner.

«Også har jeg hvert fall merka veldig på oppførselen min da. At nå som jeg har blitt mye bedre med meg selv også, og etter kognitiv terapi, at jeg har blitt mye blidere og sånn. Mot mamma og pappa hvert fall. Sånn at før så var jeg veldig mye sånn sur da. Og lei meg hele tiden. Mens nå så er jeg litt mer glad». (Jente 15).

KODEKATEGORI 3 - MER BEVISST FORHOLD TIL MESTRING

Flere røde tråder trer frem her. Samtlige av ungdommene jeg har snakket med har tilegnet seg nettopp et mer bevisst forhold til mestring. De har alle fått et mer bevisst forhold til at hva de tenker og gjør i ulike situasjoner vil påvirke deres sinnsstemning, følelser og psykiske helse.

«At man liksom kan gjøre noe som gjør meg glad da, i stedet for å liksom bare tenke at nå har jeg drittdag og den skal fortsette å være dritt liksom». (Jente 15).

Ungdommene har fått en økt forståelse av sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. De har lært at de faktisk kan påvirke sine følelser og sin sinnsstemning ved å være bevisst sine tanker og sin atferd. Alle jeg pratet med har utviklet helt bevisste strategier for hva de skal tenke og gjøre i utfordrende situasjoner, slik at de best mulig kan komme seg gjennom disse.

«Også hvis jeg har en dårlig dag for eksempel. Så, liksom jeg føler at nå er alle drittlei meg og jeg er drittlei alle, så kanskje jeg sender en hyggelig melding til mamma og får et hyggelig svar igjen og». (Jente 15).

Ungdommene har lært at deres psykiske helse og følelsesliv ikke er et resultat av tilfeldigheter, men er mulig å påvirke og endre, ved å ha; -ja nettopp, et bevisst forhold til mestring.

«Ja, jeg merker jo det, når jeg begynte å trene, så ble det jo, jeg vet ikke, da kom liksom kroppen i gang og faktisk ville gjøre ting da. Også når jeg har stoppa opp så har det på en måte gått litt ned igjen. Så nå prøver jeg å begynne å trene igjen da. Og tenke positivt. Komme meg ut og bare glemme de deprimerende tankene». (Jente 20).

KODEKATEGORI 4 - TA ANSVAR SELV

Det fremkommer av intervjuene at samtlige av intervjuobjektene etter å ha gjennomgått KAT har forstått at de for å bli friske nettopp må ta ansvar for dette selv og aktivt gjøre noe for å bli friskere.

«At jeg liksom, det er ikke han som skal forandre meg, det er jeg som skal forandre meg selv. Men han skal bare hjelpe meg og dytte meg i gang». (Jente 15).

Deltakerne i studien har forstått at det er de som må gjøre jobben, og at det er hardt arbeid å bli frisk fra en psykisk lidelse.

«Du må jo ta initiativ og faktisk ha lyst til å gjøre noe med det». (Jente 20).

De unge pasientene har skjønt at KAT er et redskap de selv må bruke for å bli friske – behandleren skal lære dem hvordan å bruke verktøyet, men å faktisk bruke det, *det* må de gjøre selv.

«Ja, det står egentlig, det er egentlig omtrent bare på meg, det er bare han som får meg til å.. Får meg til å gjøre ting, på en måte». (Gutt 14).

KODEKATEGORI 5 - BEDRE SELVTILLIT

Materialet under denne kodekategorien underbygger en del av de samme forholdene som kommer fram i kodekategori «andres negative tanker om meg er ikke viktig». Følgende sitater fra to av deltakerne, underbygger tolkningen om at KAT har gitt de unge større tro på seg selv og egne evner.

«Det hjelper deg liksom til å ikke se ned, se litt mer opp på deg selv, ikke se så mye ned på deg selv på en måte». (Gutt 14).

De har også fått en riktigere og mer positiv oppfattelse av hvordan andre ser på dem.

«Det har liksom fått meg litt mer til å tenke at, jeg veit ikke helt hvordan jeg skal forklare det, men at andre kan se bedre på meg enn det jeg trodde før da». (Gutt 14).

«Jente 15» har også helt tydelig blitt mer bevisst i forhold til det at selv om enkelte kan være negativt innstilt overfor henne, så betyr ikke det at det gjelder alle.

«For før så var det veldig sann at hvis det var én gutt som sa det til meg, så tenkte jeg at «åhh, har sikkert hørt det av alle kompisen sine, så har han liksom fortalt det til meg. Og så liksom forteller han det til jentevennene sine, også tenker de det om meg også. Og så liksom».. Men nå tenker jeg helt omvendt. At du er den eneste. Siden ikke gjengen din kommer og sier også. Så er vel du den eneste som tenker det». (Jente 15).

KODEKATEGORI 6 – TAKLER MER, STRESSMESTRING

To forhold peker seg ut under dette temaet. Deltakerne har fått et mer bevisst forhold til at høye krav gir stress, og de har lært at å senke kravene til seg selv reduserer stress.

«Jeg kan egentlig være på topp men.. ..Jeg må ikke alltid. Det er det jeg håper på. For å bli kvitt det stresset, slippe å stresse hele tiden». (Gutt 14).

Deltakerne har en høyere terskel for hva som stresser dem.

«Jeg føler jo det at jeg takler mer da». (Jente 20).

De har bygget seg opp et fundament av mestringsstrategier som hjelper dem til å takle stressende situasjoner.

«Før så ville jeg vel bare stressa og bare latt det gå å sånn og hatt alle de tankene. Nå prøver jeg på en måte å heller å være litt rolig». (Jente 20).

De unge pasientene har også lært å bruke elementer fra KAT til å håndtere stressende og uventede situasjoner og utfordringer i hverdagen.

«Ja, sånn jobbmessig og sånn. Hvis det skjer noe hektisk da. At du prøver å roe deg ned og.. Prøver jo på en måte alle de forskjellige tingene, sånn tanker og atferd og alt sånn, for da går det jo bedre. Det er jo sånn, at når du stresser, så går alt mye saktere. Ting tar tid. Når du tenker det at, jaja, ok, la det gå som det går, så går det jo mye bedre også. Så er det jo bare å tenke sånn da. Prøve i hvert fall». (Jente 20)

KODEKATEGORI 7 - OVERFØRE PÅ DE RUNDT SEG

Samtlige av deltakerne viste gjennom intervjurundene at de hadde et ønske om å overføre sine erfaringer fra KAT til mennesker i sin nærhet. «Jente 20» og «jente 15» tok på eget initiativ opp tanker de hadde rundt det at deres nærmeste på samme måte som dem selv ville kunne ha nytte av å lære seg noen elementer innenfor KAT.

«Man ser det veldig godt på en person føler jeg. At jeg ser det veldig godt at, oj i dag, i dag er det noe liksom. I dag er du ikke, du er ikke bare sur, du er liksom lei deg på en måte også. At det kanskje har skjedd noe eller noen ting. Og da føler jeg hvert fall at det har kognitiv terapi hjulpet meg med. Og da tenker jeg at kanskje det kan hjelpe andre også?» (Jente 15).

«Gutt 14» svarte bekreftende på at han kunne vært foruten noen av sine problemer dersom man hadde lært noen grunnleggende elementer fra KAT gjennom grunnskolen.

«Men vi har ikke lært noe om det på skolen og sånn. Det burde man kanskje gjort». (Gutt 14)

«Jente 15» og «jente 20» mener at slik destruktiv tankegang og handlemåte som de selv hadde før de gjennomgikk KAT er vanlig, og nærmest den måten vi oppdras til å tenke. Derfor hadde de så lyst til å lære sine nærmeste å tenke annerledes.

«Jeg føler jo det, da jeg, sånn som med min niese. Jeg prøver jo på en måte å oppmuntre henne. Sånn sett. Jeg føler jo det, det er jo det jeg prøver å føre videre da». (Jente 20)

I lys av at de nå har gjennomgått KAT ser de to jentene at mange har et stort potensiale i forhold til å få en bedre situasjon og forbedret livskvalitet dersom de lærer seg å tenke og handle mer hensiktsmessig.

«Og jeg tror at det er flere enn meg som trenger å gå dit også. Som kanskje ikke har så store problemer, men som trenger litt hjelp også. At det, at de burde få vite hva som er lurt å gjøre og, burde få vite at sånn er lurt å tenke, eller prøv og gjør sånn. For da kan det hende det blir bedre». (Jente 15).

To av tre intervjuobjekter sa uoppfordret at de var ivrige etter å dele sine erfaringer fra KAT med andre. Dette tyder på at KAT har hatt effekt og hjulpet dem i forhold til å bli kvitt sine problemer. KAT har endret deres tanke- og handlemåte og de setter sin forbedrede livssituasjon i sammenheng med nettopp dette. «Jente 15» og «jente 20» uttrykker direkte at de ser sammenhengen mellom det tanke- og handlemønsteret de tidligere hadde og deres psykiske helse og livssituasjon da, kontra deres nåværende tanke- og handlemønster og deres nåværende situasjon. Deltakerne har etter å ha gjennomgått KAT fått en bredere forståelse for hvorfor de fikk psykiske helseproblemer. De har også fått en økt forståelse for hvorfor de i mindre grad sliter med problemene etter å ha gjennomgått KAT. Siden dette fremtrer for dem så klart ønsker de å dele sine erfaringer – de ser som sagt det store potensialet mange har i forhold til å lære seg å tenke og handle mer hensiktsmessig.

KODEKATEGORI 8 – BEVISSTE FORVENTNINGER TIL ANDRE

To av deltakerne (jente 15 og jente 20) har ved hjelp av KAT fått et mer bevisst forhold til deres forventninger til andre. De har blitt mer selektive i forhold til hvem de omgir seg med og har lært å ikke bare gi, men å også kreve noe av sine omgivelser.

«At ikke bare jeg hjelper og gir, gir, gir, men at jeg får noe igjen også». (Jente 15)

De to deltakerne har lært å prioritere å tilbringe tid sammen med de menneskene i deres nærhet som ikke bare «tar», men som også gir dem noe tilbake.

«Lært meg å finne de som er bra for meg. Og de som jeg trenger mest». (Jente 15)

De har også blitt bevisste i forhold til at ulike personer har ulike egenskaper og har lært seg hvem de skal omgi seg med i forskjellige situasjoner. Deltakere har etter å ha gjennomgått KAT fått en økt forståelse av at de ikke kan forandre menneskene i sine omgivelser, bare måten de selv forholder seg til dem på.

«Og det som også har gjort at jeg har blitt deprimert da, at jeg heller tenker jaja, får ikke gjort noe med det, bare leve med det. Nå er jo det faren min da, som har gjort det, og jeg kan ikke gjøre noe med det. Så da har det fått meg til heller å tenke det ok, da får jeg heller prøve å gjøre det beste ut av det og heller godta han som han er da. Og godta det rundt meg som det er». (Jente 20)

4 Oppsummering

Resultatene jeg har kommet frem til tyder på at unge pasienter har god effekt av KAT og opplever det som noe positivt. De blir gjennom terapien flinkere til å se sammenhengene mellom deres atferd, tankemønster og sinnsstemninger. De lærer å identifisere hvilke situasjoner som medfører negative tankemønstre og følelser, og de utvikler mestringsstrategier for å unngå eller hankses med disse situasjonene. Gjennomgående er det at de unge pasientene har økt forståelse av at situasjoner som medfører økt lidelse og nedtrykt sinnsstemning gjerne er situasjoner hvor de «tenker urealistisk negativt». Med urealistisk negativt mener jeg tanker hvor de unge rakker ned på seg selv, sine ferdigheter og generelt trekker fram det negative i stedet for det positive i ulike situasjoner. De unge pasientene jeg har snakket med innser også at passivitet medfører økt lidelsestrykk og depressivt stemningsleie. De har gjennom terapien fått en økt forståelse av at de selv må ta ansvar og ta tak i sine problemer. De må selv gjøre noe aktivt for å få en bedre psykisk helse.

De unge pasientene har gjennom terapien også lært seg å bli mer bevisste i forhold til relasjoner til andre mennesker. De har blitt selektive i forhold hvem de omgir seg med, og har lært at det er lurt å omgi seg med ulike mennesker i ulike situasjoner.

KAT synes å gi økt selvtillit og trygghet hos de unge pasientene. De får en økt forståelse av at det å flytte fokus fra ytre forhold, hva andre mennesker og samfunnet omkring dem mener og forventer, til seg selv og faktorer i livet de kan gjøre noe med, medfører økt trivsel og bedre psykisk helse. Etter å ha gjennomgått KAT ser det også ut til at de unge pasientene blir bedre til å mestre stress, og mer robuste i forhold til å takle ulike utfordringer i hverdagslivet.

De unge pasientene i denne studien mener at KAT har allmenngyldig verdi. Samtlige hevder de at deres psykiske lidelser kunne vært unngått eller vært mindre alvorlige dersom de hadde fått noe kjennskap til sentrale elementer innenfor KAT gjennom grunnskolen. To av de tre unge pasientene var opptatt av at deres problemer er problemer som også rammer mange andre, og ønsket å videreføre noe av sin tilegnede kunnskap til sine nærmeste.

5 Drøftelser

Hovedfunn

KAT oppleves som positivt for unge pasienter med psykiske helseproblemer – så positivt at de ønsker å videreføre det de har lært til mennesker i sine omgivelser. Etter å ha gjennomgått terapien står de unge pasientene igjen med bedre selvtillit og økt livskvalitet. De har økt evne til stressmestring og bedre evne til å takle hverdagslige utfordringer.

Diskusjon av funnene

At de tre intervjuene jeg har gjort med unge pasienter under dette prosjektarbeidet tyder på at KAT har effekt hos unge pasienter, samsvarer dette med en rekke studier som er gjort på området og er altså ikke et overraskende funn. (*Verdyun C, 2001*), (*March J, 2004*), (*March J, 2007*), (*Emslie GJ, 2010*), (*Weisz JR, 2006*), (*O'Kearney RT, 2006*), (*James AC, 2013*), (*Eccleston C, 2009*), (*Hoffman, 2007*), (*Thapar A, 2012*). Men det denne oppgaven midlertid forteller mer om enn disse studiene, er på *hvilken måte* terapien har effekt. Hvilke områder av de unge pasientenes liv påvirkes i positiv retning av KAT? Dette skal jeg drøfte i det følgende.

KAT har økt deltakernes evne til å tenke konstruktivt og fokusere på det positive i stedet for det negative i ulike situasjoner. Terapien gjør deltakerne i stand til å i større grad fokusere på forhold de kan gjøre noe med. De har lært å ikke bry seg om ytre, uhandterlige forhold som for eksempel hva andre mennesker og samfunnet rundt tenker og mener om dem. I stedet for å bruke mye energi på bekymringer som de ikke har noen mulighet til å påvirke, har pasientene heller begynt å fokusere på seg selv, sine nærmeste og hva de kan gjøre for å forbedre sin situasjon.

Dette synes å være en av årsakene til at pasientene har fått bedre selvtillit og økt livskvalitet etter behandlingen. I tillegg har terapien har lært dem at mange av de negative tankene de har om seg selv og de negative tankene rundt hva de tror at andre tenker om dem, er urealistiske og usanne.

Resultatene i oppgaven tyder på at KAT gir de unge pasientene økt evne til stressmestring og til å takle utfordringer i hverdagslivet. Tendensen i materialet er at en viktig

årsak til dette er at pasientene får en generelt bedret livssituasjon og dermed en høyere terskel for å oppleve dagligdagse situasjoner som stressende. I tillegg lærer de å bruke teknikker og elementer fra KAT i stressende og utfordrende situasjoner i hverdagen.

Et hovedfunn i oppgaven er de unge pasientenes ønske om å overføre noe av sin kunnskap og sine erfaringer til familie og andre mennesker i sin nærhet. Dette er et funn som i seg selv sier mye om at behandlingen har hatt effekt. Det er ikke sannsynlig at pasientene skulle ønske å videreføre en behandlingsform som de selv ikke har hatt effekt av og positiv erfaring med. Ønsket om å videreføre sin kunnskap forteller også at de unge pasientene mener at KAT er en behandlingsform som mange mennesker vil kunne ha nytte av, og at elementer innenfor denne behandlingsretningen vil kunne ha allmenngyldig verdi.

Styrker og svakheter

Søknad til Regional Etisk Komité

Før jeg satte i gang med intervjuene, sendte jeg inn en søknad til REK (regional etisk komité) for å sikre at prosjektarbeidet etter deres syn var etisk forsvarlig. I utgangspunktet var tanken at prosjektarbeidet ikke krevde godkjenning hos REK. For å være på den sikre siden sendte jeg altså likevel inn en søknad. Dette er en styrke ved prosjektarbeidet fordi jeg da visste at formalitetene var i orden. Det ga erfaring med å søke om godkjenning i REK og innsikt i hva REK krever. Hvis jeg senere skal skrive en artikkel som omhandler dette prosjektarbeidet, er det også en styrke at jeg har søkt REK godkjenning.

Praktiske forhold

De andre formalitetene var også på plass før jeg satte i gang med intervjuene. Alle deltakerne fikk grundig informasjon om prosjektet på forhånd, og alle samtykket skriftlig. Alle hadde rett til å trekke seg når som helst i forløpet. Aldersspennet på deltakerne var variert (det var deltakere på 14, 15, 20 år), og begge kjønn er representert blant deltakere. Noen hadde gjennomgått mye, andre lite KAT. Dette er alle forhold er også forhold som styrker

validiteten og reliabiliteten (påliteligheten) til denne oppgaven, selv om disse begrepene har liten mening med så få deltakere.

Jeg fulgte opp beskrivelsen i metode-delen om hvordan jeg ville gjennomføre intervjuene ganske nøye. Alle intervjuene varte i ca 30 minutter, og jeg tok som planlagt utgangspunkt i noen spørsmål som jeg på forhånd hadde satt opp, men med oppfølgingsspørsmål som kunne variere fra intervju til intervju ut i fra den aktuelle intervjusituasjonen. Jeg opplevde at jeg klarte å skape en trygg intervjusituasjon, og jeg fikk også en god kjemi med alle deltakerne i studien. Min opplevelse var at de opplevde intervjusituasjonen som noe positivt som de også fikk noe igjen for å være med på.

Som nevnt tidligere i oppgaven gjorde jeg også både informasjonsinnhenting, innsamling av data og analyse av materialet selv, og slik jeg ser det er det en styrke fordi jeg dermed har stor kjennskap til innsamlet data og gode forutsetninger for å gjøre en fullstendig og riktig analyse i forhold til hva som faktisk ble formidlet gjennom intervjurundene.

Få deltakere

Noe som har vært overraskende for både min veileder og meg, er hvor vanskelig det har vært å skaffe unge pasienter til studien. Dette har resultert i at jeg kun har tre deltakere i studien. Det hadde vært en fordel dersom jeg hadde hatt noen flere deltakere i studien. Selv om jeg ser en form for metning ved at svarene gjentar seg, hadde resultatene vært sikrere og mer pålitelige dersom jeg hadde hatt flere intervjuer å basere dem på.

Når det er sagt, vil jeg imidlertid poengtere at både min veileder og jeg la inn en betydelig innsats for å skaffe intervjuobjekter. Min veileder spurte alle aktuelle kandidater som han har i sin praksis, og han har også vært i kontakt med flere kolleger som har spurt pasienter i målgruppen. Selv har jeg vært i kontakt med BUP Grorud, og to av legene der har spurt aktuelle kandidater blant sine pasienter. Jeg var også innom BUP på Sogn, men de hadde da liten kapasitet og kunne ikke hjelpe meg. Altså har mange pasienter i målgruppen blitt spurt, men svært få har sagt ja til å delta. Dette kan også sees på som et funn i seg selv. Hva betyr det egentlig at så liten prosentandel av de som blir spurt ønsker å delta? Kanskje sier det noe om at de problemene som ligger til grunn for at pasientene for tilbud om KAT i utgangspunktet er så dyptliggende og vanskelige å snakke om, at de unge pasientene ønsker å

unngå dette? Eller kanskje har det mer å gjøre med at ungdomstiden er en utfordrende og travel hverdag hvor ungdommene må være svært nøye i prioriteringen av hva de bruker sin tid på. Jeg opplevde at flere av de som valgte å si nei til prosjektet, sa at årsaken til at de valgt å si nei var nettopp at de hadde mye å gjøre og lite tid til overs. Det at det har vært så vanskelig å rekruttere deltakere til studien kan innebære at de som valgte å si ja ikke er helt representative for pasientgruppen. Kanskje er deltakerne i studien mer åpne, reflekterte og verbalt flinke i forhold til sin situasjon og sykdom, enn snittet av denne pasientgruppen.

Min veileder og jeg forsøkte altså å rekruttere intervjuobjekter utenfra, som ikke veileder hadde vært eller var behandler for. Dette lykkes oss som nevnt dessverre ikke, og en ytterligere svakhet ved studien er derfor at intervjuobjektene kan ha vært overdrevent positive overfor KAT under intervjurundene av lojalitetshensyn til min veileder.

Min erfaring, hvem jeg er og mine holdninger

Jeg er ung og kvinne. Det at jeg er kvinne kan kanskje ha påvirket intervjuene jeg har gjort med «gutt 14». Samtidig er det kanskje for noen lettere å prate med en av det annet kjønn, og muligens var det like vanskelig for jentene som deltok i undersøkelsen å åpne seg for meg som for «gutt 14». Det at jeg er ung, kan slik jeg ser det ha hatt både positiv og negativ virkning. Jeg var under intervjurundene 23 år, altså kun 3 år eldre enn den eldste i studien. Dette har kanskje virket positivt på den måten at deltakerne har følt at de har snakket med en på samme bølgelengde, og at de ikke har fått følelsen av at det har blitt en «ovenfra og ned» samtale. Samtidig kan deltakerne kanskje ha tenkt at det er pinlig og vanskelig å snakke med en som er så nær i alder om såpass ømtålige og personlige forhold.

Dette er det første forskningsprosjektet jeg holder på med, og jeg har altså lite erfaring med forskning. Dette kan i og for seg også ha sine positive sider. Jeg er åpen for alle slags resultater og har kanskje færre forventninger enn en mer erfaren forsker ville hatt. Samtidig kan jeg ha oversett underliggende elementer som en mer erfaren forsker hadde fanget opp. Selv om jeg synes jeg har gjort gode intervjuer og stilt gode spørsmål, vil selvfølgelig det at jeg har så liten erfaring med intervjuer også ha påvirket intervjusituasjonen. Under lyttingen til intervjuene la jeg merke til at jeg i blant kunne avbryte intervjuobjektet, legge ord i

munnen på enkelte og stille for åpne spørsmål. Dette ble imidlertid bedre dess flere intervjuer jeg gjorde. Dersom jeg hadde gjort noen pilotintervjuer i forkant kunne dette ha vært redusert.

En intervjusituasjon i seg selv vil alltid være en kunstig situasjon med et ujevnt maktforhold mellom intervjuer og intervjuobjekt (Malterud K, 2003). Hva man sitter igjen med av materiale og kunnskap etter å ha gjennomført intervjuet, avhenger av den kjemien og kontakten som etableres gjennom verbal og ikke-verbal kommunikasjon mellom intervjueren og intervjuobjektet (Malterud K, 2003). Denne vil alltid avhenge av hvilke to personer som intervjusituasjonen inkluderer, og har helt sikkert blitt påvirket av hvem jeg er og min personlighet. Imidlertid følte jeg som nevnt under «styrker» at jeg skapte en trygg intervjusituasjon, og jeg holder fast ved at selve intervjusituasjonene og det jeg fikk frem der, antagelig er noe av det beste med dette prosjektarbeidet.

De mange studiene som viser at KAT er en effektiv behandlingsmetode mot ulike psykiske lidelser preger mine holdninger overfor denne terapiformen og har åpenbart påvirket både informasjonsinnhenting og min senere tolkning av innsamlede data. Jeg gikk inn i dette prosjektet med en positiv holdning overfor KAT og en tro på at jeg ville finne frem til resultater som på en eller annen måte ville vise at KAT er effektivt i behandlingen av unge pasienter med psykiske lidelser og oppleves som noe positivt av de unge pasientene som gjennomgår behandlingen. Jeg hadde også en teori om at noe av årsaken til dette er at unges tankesett er lettere å påvirke enn voksnes. Videre trodde jeg at jeg vil finne fram til resultater som både viser at KAT har allmenngyldig verdi og at det vil kunne være nyttig å i større grad spre elementer fra KAT til den generelle befolkningen. Når det er sagt gikk jeg i gang med prosjektet med et åpent sinn, og var så objektiv og nøytral som mulig i både informasjonsinnhenting og i tolkning og analyse av innsamlede data.

Det at jeg har vært positivt innstilt til KAT har sannsynligvis hatt betydning for min spørsmålsstilling under intervjuene, og har antagelig også påvirket måten jeg har lest resultatene på. Kanskje har jeg også under arbeidet med å finne meningsbærende enheter plukket ut enheter som gir mening i forhold til problemstillingen, - en annen forsker ville kanskje plukket ut andre meningsbærende enheter.

Forventningene jeg hadde til dette prosjektarbeidet utgjør altså en form for bias. De har antagelig påvirket både informasjonsinnhenting, gjennomføring av intervjuer og analyse av innsamlet data. Når det er sagt har jeg forsøkt å være så kritisk som mulig og har også stilt

kritiske spørsmål til KAT underveis i arbeidet. Jeg har forsøkt å legge vekk forventingene underveis i arbeidet med oppgaven, og jeg har vært åpen for at kunnskapen jeg ville komme fram til kunne gå i alle retninger. Likevel bør denne prosjektoppgaven leses i lys av at jeg har en positiv holdning overfor KAT.

Det er et siste forhold som jeg ønsker å nevne. Selv om min veileder har fulgt meg tett gjennom hele prosessen med denne oppgaven, var det som nevnt under «styrker» jeg selv som gjorde all datainnsamling og analyse. Dette er på mange måter en fordel i forhold til å gjøre en best mulig analyse – så dyptliggende kjennskap til innsamlet data styrker analysen og slik jeg ser det blir det enklere å trekke konklusjoner og se de store linjene. På den andre siden har det at jeg har gjennomført både innsamling og analyse av data også sine svakheter. Dersom det er noe jeg har oversett i arbeidet med datainnsamlingen, har jeg kanskje også vært blind for dette i analysen.

Allikevel tror jeg at det at jeg selv gjorde all datainnsamling og analyser av materialet har vært den beste måten å arbeide med oppgaven på. Dette har gjort at jeg har lest materialet med andre «briller» enn dersom jeg hadde hatt et mer perifert forhold til det. Jeg tror det har medført at jeg ikke har oversett viktige poenger. Siden jeg har så stor kjennskap til materialet, har jeg kunnet «lese mellom linjene», og det har vært lettere å forstå hva deltakerne faktisk mente med det de uttalte, enn dersom jeg ikke hadde vært tilstede i hele prosessen.

Konklusjon

Analysen av intervjuene støtter altså de mange studiene som viser at KAT har god effekt ved behandling av psykiske lidelser hos unge pasienter. De unges opplevelse av terapien fortjener imidlertid også å bli utforsket. Dette er et område det virker å være gjort lite forskning på. Resultatene i denne oppgaven belyser derfor et lite utforsket område og er på mange måter ny kunnskap. Tendensen i oppgaven er at KAT oppleves som positivt hos de unge pasientene. En mulig tolkning av hvorfor KAT oppleves som positivt hos de unge pasientene er nettopp at de har hatt effekt av terapien og setter sin forbedrede livssituasjon i sammenheng med behandlingen de har gjennomgått.

6 Kildeliste

- Byrne RE, (2013). Young people at risk of psychosis: Their subjective experiences of monitoring and cognitive behaviour therapy in the early detection and intervention evaluation 2 trial. *PubMed*
- Eccleston C, (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Emslie GJ, (2010). Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA): week 24 outcomes. *Am J Psychiatry*, 167(7).
- Hoffman, (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol*, 26(1).
- James AC, (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Collaboration*
- March J, (2007). Treatment for Adolescent with Depression and Study. *Arch Gen psychiatry*, 64, 1132-1144.
- Repål A, (2009). Kognitive spor. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 4, 7-10.
- O'Kearney, RT (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Thapar A, (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379(9820).
- Verdyun C, (2011). Cognitive-behavioral therapy for depression in children and adolescents. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 34-39.
- Weisz JR, (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 132(1).
- March J, (2004). Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy, and Their Combination for Adolescents With Depression Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Randomized Controlled Trial. *The Journal of the American Medical association*, 292, 807-820.
- Wilhelmsen I, (2004). *Sjef i eget liv*: Hertevig forlag.

7 Vedlegg I

Aktuelle spørsmål til semistrukturert intervju

Har kognitiv terapi påvirket dine tankemåter?

- 1 Hvordan har du opplevd å gå til kognitiv atferdsterapeutisk behandling?
- 2 Hvordan har kognitiv terapi virket på deg?
- 3 Hvorfor har kognitiv fungert (ikke fungert) for deg tror du?
- 4 Hadde du noen forventninger til kognitiv terapi før terapien ble satt i gang?
- 5 Bruker du elementer av det du har lært i den kognitive atferdsterapien selv om du har avsluttet behandlingen?
- 6 Tror du at problemene du har hatt kunne vært unngått dersom du hadde hatt et minimum av kunnskap om elementer fra den kognitive atferdsterapien fra grunnskolen?
- 7 Har det vært arbeidskrevende å motta kognitiv atferdsterapi?
- 8 Har du forandret på noen tanker etter behandlingen?
- 9 Har du fått noen nye tanker om sammenhengen mellom tanker, følelser, kropp og måten du handler på?
- 10 Har du forandret hvordan du ser på deg selv?

8 Vedlegg II

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

-opplever unge å ha hjelp av kognitiv terapi?

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie hvor målet er å innhente kunnskap om unge pasienters erfaringer med å gjennomgå kognitiv terapi. Jeg har valgt å spørre akkurat deg fordi du er i aldersgruppen vi ønsker å studere (mellom 14-20 år) og fordi du er pasient ved Lillestrøm Legesenter eller kveldspoliklinikken ved Diakonhjemmet.

Hva innebærer studien?

Dette er altså en studie hvor målet er å belyse unges erfaringer med kognitiv terapi. Selve intervjuet er beregnet til å vare i ca 30 minutter. Jeg har en liste av spørsmål som jeg kommer til å ta utgangspunkt i, men det kan hende jeg kommer med oppfølgingsspørsmål til det du sier dersom dette faller seg naturlig (jeg skal gjøre et såkalt «semistrukturert intervju»). Du vil senere få konkret informasjon om når og hvor intervjuet skal finne sted.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alt du sier kommer til å bli tatt opp på bånd, og på bakgrunn av båndopptakene skal alt skrives ned ordrett etterpå (transkriberes). Båndopptakene vil bli oppbevart på et sikkert sted og skal slettes når studien er ferdig (om 2 år). Det transkriberte materialet vil være skrevet uten persondata. Resultatene jeg kommer fram til skal også publiseres på en slik måte at din identitet ikke kommer frem.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektansvarlig Julie Strømman Berteig på telefon 91602297.

9 Vedlegg III

**Deltakers samtykke til å delta i studien ”Opplever unge å ha hjelp av kognitiv terapi?”,
kfr. Skriftlig informasjon. (For deltakere over 16 år).**

Jeg har lest den skriftlige informasjonen og er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

10 Vedlegg IV

Foreldres samtykke til deltakelse i studien ”Opplever unge å ha hjelp av kognitiv terapi?” (for deltakere under 16 år)

Hvis deltaker er under 16 år bes foreldre/foresatte om å gi samtykke:

Min sønn/datter er villig til å delta i studien

(Signert av foreldre/foresatte, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

11 Vedlegg V

REK SØRØST INFORMASJON OM VEDTAK

Region: Saksbehandler: Telefon: Vår dato: Vår referanse:

REK sør-øst Jørgen Hardang 22845516 11.03.2013 2013/229/REK sør-øst A

Deres dato: Deres referanse:

22.01.2013

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Julie Strømman Berteig

Carl Kjelsens vei 23 C (Nordberghjemmet)

2013/229 Opplever unge å ha hjelp av kognitiv terapi?

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 14.02.2013.

Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektleder: Julie Strømman Berteig

Forskningsansvarlig: Lillestrøm Legesenter

Prosjektet

Formålet med prosjektet er å undersøke om unge pasienter med psykiske helseplager opplever å ha fått hjelp av å motta kognitiv terapi. Undersøkelsen gjennomføres som en studentoppgave for medisinerstudiet. Det skal gjennomføres semistrukturerte intervjuer av 5-8 unge pasienter mellom 14–20 år, ca like mange av hvert kjønn. Resultatene av prosjektet skal presenteres i en skriftlig oppgave. Det antas at kunnskap om effekten av kognitiv terapi til unge pasienter kan føre til bedre behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Som ulemper angis tidsbruk, transportkostnader og selve intervjusituasjonen som kan fremkalle ubehag.

Intervjuene skal transkriberes og deretter analyseres i aidentifisert form på forskers hånd. Det dreier seg ikke om kobling av helseopplysninger fra ulike kilder. Forskergruppen har tilgang til liste over deltagere og identitetsnummer.

Komiteens vurdering

Tiltaket slik det her er beskrevet ligger innenfor det som vil være en naturlig oppfølging av en bestemt pasientgruppe. Det er ikke noe prinsipielt til hinder for at en samler flere pasienter til en slik oppfølgingssamtale. Det betyr at behandlende lege vil være ansvarlig for at tiltaket gjennomføres på en forsvarlig måte. Samtalen er lite inngripende og baseres seg på frivillig deltakelse.

Pasientene skal ikke eksponeres for nye behandlingsformer, og de utsettes ikke for spesiell risiko eller belastning på grunn av et nytt og ukjent behandlingsopplegg. Slik prosjektet er beskrevet kan det vurderes som en form for systematisk oppfølging av den behandlingen, og som kan anses som en naturlig del av helsetjenesten. Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten forhåndsgodkjenning av REK innenfor de ordinære ordninger for helsetjenesten med hensyn til regler for taushetsplikt og personvern.

Besøksadresse: Telefon: 22845511. All post og e-post som inngår i Kindly address all mail and e-mails to Nydalen allé 37 B, 0484 Oslo E-post: post@helseforskning.etikkom.no saksbehandlingen, bes adressert til REK the Regional Ethics Committee, REK

Web: <http://helseforskning.etikkom.no/> sør-øst og ikke til enkelte personer sør-øst, not to individual staff

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet som en form for evaluering av gitt behandling, og faller utenfor

helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A.

Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen

Professor

Leder

Jørgen Hardang

Komitéssekretær

Kopi til: o.r.haavet@medisin.uio.no

